

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1919-1920 — N° 131

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Psychoses Syphilitiques Tertiaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 16 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES PICON

Externe des Hôpitaux

Né à Annecy le 10 Septembre 1890



LYON

IMPRIMERIE REY

57, Rue Franklin, 57

—
1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PSYCHOSES SYPHILITIQUES
TERTIAIRES

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1919-1920 — N° 131

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Psychoses Syphilitiques Tertiaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 16 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES PICON

Externe des Hôpitaux

Né à Annecy le 10-Septembre 1890



LYON
IMPRIMERIE REY
57, Rue Franklin, 57

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. Doyen.
J. LEPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques chirurgicales	MM. TIXIER. BÉRARD. TEISSIER. ROQUE. BARD. FABRE. ROLLET. NICOLAS. LÉPINE (J.). WEILL. POLLOSSON (A). CLUZET. HUGOUNENQ. MOREL. MOREAU. GUIART. X... POLICARD. DOYON. COLLET. MOURIQUAND. PAVIOT. POLLOSSON (M.). ARLOING (F.). MARTIN (Etienne). COURMONT (P.). PIC. FLORENCE.
Cliniques médicales.	
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	
Clinique des maladies des enfants.	
Clinique des maladies des femmes.	
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	
Chimie biologique.	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie.	
Physiologie	
Pathologie interne.	
Pathologie et Thérapeutiques générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée.	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	id.
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	id.
Accouchements	COMMANDEUR,	id.
Embryologie	LATARJET,	id.
Anatomie topographique.	PATEL,	id.
Botanique	BRETIN,	id.
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	id.
Clinique infantile.	X...,	id.
Déontologie et médecine professionnelle	X...,	id.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	SAVY	BONNAMOUR, chargé
COMMANDEUR	LERICHE	FROMENT	des fonctions
NEVEU-LEMAIRE	THÉVENOT (Léon)	THÉVENOT (Lucien)	SARVONAT, id.
LAROYENNE	TAVERNIER	PIÉRY	FAYRE, id.
VORON	CADE	COTTE	GRAVIER, id.
NOGIER	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER, id.
LATARJET	GARIN		

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LANNOIS, Président ; NICOLAS, Assesseur ;
MM. FROMENT et THÉVENOT (Lucien), Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

Aux êtres bien chers, qu'une mort
aveugle a ravi à mon affection, je dédie
ce modeste travail ; puisse ce pieux
hommage les toucher par delà la
tombe.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR MARY-LOUISE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JOSEPH

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE JEAN PIQUET

A MON PÈRE

Bien faible hommage de mon infinie
gratitude.

A MA SOEUR TONY

A MON FRÈRE LOUIS

A MON NEVEU ROBERT PIQUET

A LA MÉMOIRE

DE MES COUSINS PAUL BOUVIER et MARCEL CAGNON

A LA MÉMOIRE

DE MES CAMARADES MARCEL FLOQUET et ADOLPHE JANIN

Morts pour la Patrie

AU DOCTEUR J. LÉPINE

Professeur de Clinique des Maladies nerveuses et mentales
Médecin des Hôpitaux

Il a bien voulu s'intéresser à notre Thèse
et nous aider de sa haute compétence,
qu'il daigne accepter ici nos sincères re-
merciements.

AU DOCTEUR LANNOIS

Professeur adjoint à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

qui a bien voulu nous faire le grand hon-
neur d'accepter la Présidence de cette
Thèse.

A mon Maître

LE DOCTEUR J. FROMENT

Professeur agrégé à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

Nous lui devons l'idée de ce travail et
l'observation qui en fait le principal inté-
rêt. Il ne nous a ménagé ni son temps
ni ses conseils; nous sommes heureux
de lui exprimer ici notre vive reconnais-
sance.

A mes Maîtres des Hôpitaux de Lyon

DOCTEUR PIC

Professeur de thérapeutique à la Faculté
Médecin des Hôpitaux

DOCTEUR LECLERC

Médecin des Hôpitaux

DOCTEUR JABOULAY (*in memoriam*)

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux

DOCTEUR GAYET

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

DOCTEUR ALBERTIN

Chirurgien des Hôpitaux

DOCTEUR BONNET

Médecin des Hôpitaux

INTRODUCTION

On chercherait en vain, dans l'évolution de la syphilis, une seule période où le clinicien n'ait à se préoccuper du psychisme de son malade.

Dans la période primaire, au moment de l'apparition du chancre et de l'adénopathie, les troubles psychiques sont au minimum; ils n'apparaissent que chez les prédisposés et sont dus plus au choc moral qu'à l'action spécifique de l'infection.

Lors de l'efflorescence des accidents muqueux et cutanés, les troubles psychiques se précisent. La syphilis à cette période peut déterminer des accidents psychopathiques aigus ou subaigus, passagers ou durables qui, en général, revêtent les diverses formes des psychoses provoquées par les infections, les intoxications aiguës et l'épuisement de l'organisme.

Aux périodes suivantes, les troubles mentaux sont sous la dépendance de lésions plus caractérisées des centres nerveux. C'est la période tertiaire avec, au début, ses lésions artérielles et méningées circonscrites et subaiguës, plus tard ses productions gommeuses et scléro-gommeuses. C'est la période dite parasyphilitique que certains syphiligraphes dénomment période quaternaire, pour bien marquer le lien étroit qui la relie encore à l'évolution de la syphilis, période dans laquelle l'influence lointaine de la maladie se traduit par une sclérose cérébrale diffuse, relativement précoce et par le développement de la P. G. — Enfin, dans la descendance des malades, à côté des maladies organiques du système nerveux, on retrouve encore des états psychopathiques proprement dits : les psychoses hérédosyphilitiques.

Cette courte analyse nous montre toute l'importance de la syphilis comme génératrice de psychoses, en même temps que l'ampleur du sujet.

Ayant eu l'occasion de suivre, dans le service de notre maître, Monsieur le Professeur agrégé Froment, un malade atteint de psychose syphilitique tertiaire, nous bornerons notre étude à cette dernière forme des psychoses syphilitiques. Nous n'avons pas la prétention, d'ailleurs, d'apporter des idées bien neuves : quelques observations empruntées aux classiques jointes à l'analyse aussi précise que possible des principaux travaux publiés sur cette question, une observation inédite que nous avons pu suivre assez longuement, en feront tous les frais. Puissions-nous avoir apporté simplement une légère contribution à ce chapitre de la Psychiâtrie.

Mais avant d'entreprendre cette étude, qu'il nous soit permis d'acquitter une dette de reconnaissance envers ceux qui, par leurs enseignements et leurs conseils, nous ont rendu à même de faire œuvre de praticien et on su nous inculquer leur haute conception du devoir médical.

Que Monsieur le Professeur agrégé Froment, qui nous a inspiré cette thèse et dont la science unie à tant de bonté, ont fait de lui le plus aimé des maîtres, veuille bien trouver ici l'expression de notre infinie gratitude et nos remerciements bien sincères pour tous les conseils qu'il nous a prodigués.

Notre reconnaissance va également à MM. les Professeurs Lépine, Lannois, Nicolas et à M. le Docteur Favre, médecins des Hôpitaux qui nous ont reçu avec tant d'amabilité et ont bien voulu nous aider de leur haute compétence.

Ayant eu le bonheur de rencontrer les maîtres les meilleurs et les amis les plus dévoués, nous abordons avec confiance la carrière médicale, n'ayant d'autre désir et d'autre ambition que de rester digne des uns et des autres.

HISTORIQUE

« La folie syphilitique, disait Fournier (1), en 1879, n'a pas encore droit de cité dans la Pathologie officielle, elle n'est tout au plus que tolérée à titre conjectural, hypothétique, elle est fortement tenue en suspicion, si ce n'est reniée par la plupart de nos classiques. Cependant je tiens pour certain, quant à moi, que la syphilis, de par les lésions qu'elle détermine sur l'encéphale, est susceptible de créer des troubles cérébraux qui constituent des vésanies confirmées, patentes, indéniables. »

Nous pourrions nous en tenir à ces mots du grand syphiligraphe qui donna la première description de l'aliénation mentale syphilitique, notre tâche serait ainsi aisée et bientôt faite. Cependant, il nous paraît intéressant de suivre pas à pas les progrès accomplis et de rappeler comment les différents auteurs avaient envisagé la relation qui unit ces deux affections :

En 1532, Nicolas Massa, dans le « De Morbo Gallico », rapporte un exemple de manie syphilitique.

En 1740, Astruc attribue à la syphilis l'affaiblissement de toutes les facultés.

En 1802, Benjamin Bell présente des observations d'épilepsie et de manie syphilitique.

En 1820, Georget (2) n'attribue à l'infection vénérienne qu'un rôle moral. — Lagneau (3) reconnaît l'influence de la syphilis dans la mélancolie, la manie, la démence, l'idiotie. — Pour Hunter et Astley Cooper, le cerveau au contraire, jouit d'une immunité complète à l'égard de la syphilis.

(1) FOURNIER. — De la syphilis du Cerveau, 1879, p. 278.

(2) GEORGET. — De la Folie, 1820, p. 171

(3) LAGNEAU. — Traité pratique des Maladies Vénériennes, T. II, p. 326

De 1834 à 1840, Lallemand, Baumès, Rayer, Vidal de Cassis admettent l'action du poison syphilitique sur le système nerveux central. — Les « non virulistes » Richaud des Brus, Desruelles, Jourdan nient au contraire cette action.

En 1850-51, Bedel (4) fait une part prépondérante aux névroses syphilitiques. — Schützenberger (5), Esquirol, Ferras croient à la réalité de l'aliénation mentale syphilitique. — Ricord, dans sa clinique iconographique cite un cas de folie syphilitique guérie par le traitement.

En 1854, Yvarren (6), dans son mémoire, cite un seul cas de folie syphilitique qui serait due, d'après lui, plus à l'action morale qu'à l'action infectieuse.

A l'étranger, Read (7), Griesinger (8), Duncan (9), Esmarch et Jessen (10) admettent le rôle de la syphilis dans l'aliénation mentale et l'action favorable du mercure.

En 1859, Dagonet et son élève Hildenbrand (11), Gilbert, Trousseau, Pidoux (12), Gros et Lancereaux (13), Griesinger (14) reconnaissent l'action de la syphilis dans certaines psychoses. — Pour Marcé (15) cette action est moins nette, il faudrait incriminer surtout les excès vénériens et alcooliques. — Leidesdorf (16), Wil-

(4) BEDEL. — De la Syphilis Cérébrale. Th. de Strasbourg, 1851.

(5) SCHUTZENBERGER. — Gazette Médicale de Strasbourg. — 20 mars 1850.

(6) YVARREN. — Des métamorphoses de la Syphilis, 1854.

(7) READ. — The Dublin Quaterlay Journal, 1852.

(8) GRIESINGER. — Archive der Heilkunde (1863).

(9) DUNCAN. — Cases of syphilitic insanity D. Q. J., 1863.

(10) JESSEN. — Syphilis und Geisterstörungen (All. Zeit. f. Psych. Bd XIV, 1857).

(11) HILDENBRAND. — De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale. Th. de Strasbourg, 1857.

(12) PIDOUX. — Traité de Thérapeutique. 1858.

(13) LANCEREAUX. — Des affections nerveuses syphilitiques, 1863.

(14) GRIESINGER. — Ouverture de la Cliniq. Prych. de Zurich, 1865.

(15) MARIE. — De la Folie, p. 147.

(16) LEIDESDORF. — M. Jahrbücher (1862).

liams (17) H. Grainger, Stewart (18) mentionnent quelques cas de folie syphilitique. — David Skae (1873) signale la dépression intellectuelle et l'hypocondrie. — Wille (19) dit que l'aliénation mentale peut se montrer sous toutes les formes et à toutes les périodes. — Linstow (20) oppose à la démence paralytique incurable la folie syphilitique nettement influencée par le traitement.

En 1873-74, Francis Codell, Batty Tuke (21), Hayes Newington, Erlenmayer (22), Pirrochi (23) publient des observations de folie dépendant de la syphilis et proposent un essai général de classification.

C'est seulement en 1879, que Fournier, le premier, ose un tableau d'ensemble de la folie syphilitique, description bientôt combattue par Chauvet (24) et Mauriac (25) qui ne reconnaissent que des rapports très indirects entre certaines manifestations vésaniques et les lésions syphilitiques. Ripping de Düren (26), Lagardelle (27), Luys (28) nient ou doutent des rapports de la syphilis et de la folie. — Schüle (29) (1883) admet les troubles mentaux associés aux troubles moteurs. Au Congrès de Washington de 1887, les auteurs américains et anglais (Grainger, Stewart, Skae, Clouston, J. Mickle, Kiernan, Savage) ne regardent pas comme spéciale la folie survenue au cours de la syphilis, mais admettent l'existence de maladies mentales à formes

(17) WILLIAMS. — J. of M. S. (1869)

(18) STEWART. — Syphilitic Insanity (B. M. J. 1870).

(19) WILLE. — Société des Aliénistes suisses, 1871.

(20) LINSTOW. — Archiv. für Psych. 1873

(21) TUKE. — J. of M. S. Vol. XIX.

(22) ERLERMAYER. — Die luetischen Psychosen (1877).

(23) PIROCHI. — Giornale ital. del mal. nervo. (1878).

(24) CHAUVET. — Influence de la syphilis sur les affections du système nerveux central (Th. Paris, 1880).

(25) MAURIAC. — Annales de Dermatologie (1879).

(26) RIPPING DE DÜREN. — Allg. Zeit. f. Psych. 1880.

(27) LAGARDELLE. — Gaz. hebd. de S. M. de Bordeaux, 1884.

(28) LUY. — Maladies mentales (1881).

(29) SCHULE. — Traité des Maladies mentales (1883).

simples développées sous l'influence de la syphilis, cause banale, et s'élèvent contre la dénomination de folie syphilitique.

En France, Parant (30), Spillmann, Régis (31) admettent l'influence de la syphilis dans les troubles démentiels ; Mairet (32) n'y voit qu'une prédisposition vésanique.

En 1894, la thèse de Hagelstein nous donne l'avis des principaux neurologistes ou aliénistes du temps :

« L'affection mentale qui survient chez un syphilitique n'est pas de nature spécifique », écrit le Prof. Joffroy. — Pour M. Marie, chez un dégénéré, la syphilis peut produire, comme toute autre secousse physique ou morale, l'apparition de psychoses. — Pour le Prof. Raymond, à un délire chronique répond un substratum anatomique défini : méningite, artérite, altération de la névroglie.

Enfin Seglas, Parant, Dana, de New-York, pensent qu'il faut faire intervenir, à la période secondaire surtout, l'élément infection et auto-infection ; c'est encore l'avis de Mickle (33) que combat Posotowsky (34). Ce dernier n'admet que les psychoses syphilitiques dues à des affections organiques ayant pour bases des lésions méningo-cérébrales. — Krafft-Ebing (35) ne fait qu'une part légère aux psychoses produites par dyscrasie sanguine. — L'École lyonnaise, sous l'impulsion de M. le Professeur Pierret (thèse de Julliard 1879. — Thèse de Jacquin 1889) s'attache à démontrer l'existence des psychoses par infection syphilitique, où le délire est le produit direct de l'action toxique sur le système nerveux ; idées reprises par Posotowsky (1902), Galiana

(30) PARANT. — Syphilis et Folie (A. M. Psych. 1881, T. II).

(31) RÉGIS. — Manuel de Médecine mentale (1882).

(32) MAIRET. — Gaz. hebd. de Méd. et Chir. N° 20, 1893.

(33) MICKLE. — On syphilis on the nervous system. Brain (1895).

(34) POSOTOWSKY. — Societ. de Neuro et Psy. de Moscou. 24/9 1895.

(35) KRAFFT-EBING. — Traité de Psychiatrie (1897).

(1903), Marchand (1905). Enfin, c'est la discussion à l'Académie de Médecine de 1907, où Fournier et Raymond livrent bataille contre Joffroy sur le terrain de l'origine franchement spécifique des aliénations mentales.

Pour résumer cet historique déjà bien long, nous dirons que les Psychoses syphilitiques ont passé par trois périodes :

La première et la plus ancienne ne voit entre la syphilis et les Psychoses qu'une relation d'ordre moral, ou l'effet d'une prédisposition vésanique.

La deuxième avec Fournier les explique, à la période tertiaire, par les processus anatomo-pathologiques développés au niveau du cerveau.

La troisième enfin, la plus récente, s'en tenant à la période secondaire, fait une part prépondérante à l'infection: la psychose n'étant que le produit direct de l'action toxique sur le système nerveux central.

Ces données générales étant admises, abordons l'étude des psychoses syphilitiques tertiaires qui font l'objet de cette thèse.

SYMPTOMES

C'est 3 à 12 ans après le chancre qu'apparaissent les Psychoses syphilitiques tertiaires; tantôt elles sont isolées et forment à elles seules toute l'affection, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elles sont associées à une lésion tertiaire du cerveau, telles que méningo-encéphalite, artérite et endartérite oblitérante, gommes. Elles ont pour type clinique fondamental, ainsi que l'a montré Régis, la Confusion mentale; certaines forment cependant s'éloigner plus ou moins de ce type.

Avec Fournier nous distinguerons, une forme subaiguë dépressive ou pseudo-déméntielle et une forme d'excitation cérébrale.

La forme pseudo-déméntielle, manifestation précoce des Psychoses syphilitiques tertiaires, est à son premier degré, la *dépression intellectuelle simple*: sorte d'engourdissement de l'intelligence avec conceptions moins nettes, moins faciles, attention diminuée, faiblesse de la mémoire, défaut de suite dans les idées, les paroles et les actes, fatigue cérébrale mais sans perversion mentale, sans délire. L'affaiblissement de la mémoire est ici particulièrement net, très marqué pour les faits récents, peu net pour les faits anciens; il est généralement graduel et progressif, mais peut s'établir par saccades, ou même subitement et complètement: véritable ictus amnésique. Le caractère du malade subit des troubles parallèles, il devient irritable, taciturne et s'attriste de ce changement intellectuel dont il se rend compte. (Observation I.)

A un degré plus avancé, cette dépression intellectuelle se complique d'*incohérence*, le malade n'est plus seulement un simple, mais en plus un ataxique d'in-

telligence. Sur un fond d'hébétude intellectuelle se greffe un délire calme, entrecoupé d'excitations passagères, non systématisé, portant sur l'ensemble des actes de la vie, sans idée fixe prédominante, et présentant ce caractère assez typique de ne pas être permanent. Interrogé, le malade semble être en pleine possession de son intelligence, il rit ou s'afflige de ses erreurs ou des actes qu'il a pu commettre, puis revenu parmi les siens, il dévie tout aussitôt et se remet à divaguer. (Observation VI.)

La deuxième forme, ou d'excitation cérébrale, beaucoup plus rare, revêt la forme de la *manie*, syndrome constitué, comme le définit Anglade, « par l'incohérence des idées et le désordre des actes et résultant d'une exaltation morbide des opérations psychomotrices affranchies momentanément du contrôle de la volonté directrice. »

La manie peut se présenter sous l'une des formes suivantes :

1^o *Excitation maniaque* : le malade est un exalté, un excité, avec exaltation des fonctions cérébrales, sans incohérence, sans délire, sans hallucinations; il dépasse la mesure en tout : langage, gestes, actions, projets, mais conserve le jugement de ses actes.

2^o *Manie-type*, caractérisée par des troubles mentaux qui portent sur l'attention, l'association des idées, les hallucinations et les conceptions délirantes. Chez ces malades, l'attention, faculté d'arrêt et de concentration de la pensée, fait défaut; les idées se pressent en foule, s'associent facilement, rapidement et amènent l'incohérence du langage, qui est elliptique, décousu et sans suite, de même que le style. La mimique participe à cette extrême mobilité des sentiments et des idées : jeux de physionomie, gestes, tout devient exubérant et tumultueux, parfois ils peuvent être automatiques et stéréotypés. La sensibilité générale et spéciale peuvent être exaltés, les impressions lumineuses et auditives peuvent être la source d'illusions. Par suite de l'inapti-

tude du maniaque à se concentrer sur une idée, les délires chez lui sont rares, ou ne sont que des conceptions mobiles sans suite et mal systématisées. Cette forme reçoit aussi son empreinte de l'obtusion mentale qui donne aux conceptions un cachet d'enfantilisme et d'absurdité très net. (Observation II.)

3^o *Manie aiguë*, forme exagérée de la précédente, où l'agitation est à son maximum. Deux symptômes importants accompagnent les troubles intellectuels : la sitiophobie et la fièvre.

Cette incohérence générale, portant sur tous les actes de la vie, peut faire place à un *délire systématisé* lypemaniaque ou de persécution. Parfois même on note une *psychose circulaire* où la manie alterne avec la mélancolie, sans intervalle de lucidité; enfin on a signalé une forme rare, il est vrai, de syphilis cérébrale : le *syndrome de Korsakoff*, syndrome que l'on retrouve dans certaines infections, ou intoxications et que caractérise la perte des souvenirs anciens, l'incapacité de retenir les choses actuelles, la désorientation dans le temps et le monde extérieur, les faux souvenirs. (Observation III.)

Mais un caractère presque constant de ces psychoses est d'être *compliquées d'accidents somatiques variés* qui en démontrent l'origine spécifique (crampes, contractures, névrites périphériques, vertiges, ictus parétiques localisés, ictus apoplectiformes ou épileptiformes, hémiplegie, monoplégie, paralysie des nerfs crâniens, aphasie), accidents précédant, accompagnant ou suivant les troubles mentaux, si bien qu'on a pu donner à ce syndrome le nom d'*Encéphalopathie Psycho-Somatique*.

Mais à côté de ces formes classiques des psychoses syphilitiques, il en est d'autres qui, liées à des signes somatiques spéciaux, peuvent de ce fait prendre une physionomie particulière :

Guillain et Thaon (1) ont décrit une forme de syphilis médullaire se présentant surtout à la période ter-

liaire et à laquelle s'associent des troubles psychiques : état de dépression, asthénie, aboulie, difficulté de fixer l'attention, amnésie portant sur tous les faits récents, amnésie de fixation et d'évolution. Les malades asthéniques sont tout à fait conscients de leur état et en éprouvent un réel chagrin. L'ensemble des symptômes qui tiennent du tabes, de la P. G., de la myélite syphilitique (Romberg, réflexes rotuliens exagérés, paraplégie, troubles des sphincters) montrent que cette forme de psychose tertiaire est une forme de transition entre la syphilis encéphalo-médullaire, le tabes et la P. G. (Observation V.)

La *Pseudo-Paralysie syphilitique*, décrite par Fournier (1), et qui n'est pas admise par tous comme une entité morbide distincte, présente encore tous les caractères des psychoses tertiaires avec symptômes qui en font une forme de transition vers la P. G. Effectivement, on y retrouve la dépression mentale, l'abrutissement, presque l'idiotie, parfois au contraire de l'excitation cérébrale, de l'excitation avec hébétude, du délire et même du délire maniaque, mais jamais de divagations ambitieuses propres au délire de la P. G. Des phénomènes paralytiques : hémiplégie, monoplégie, paralysies oculaires s'y ajoutent. Le tremblement généralisé, la trémulence de la langue et de la lèvre inférieure, quoique très rares, peuvent se retrouver, mais jamais avec la même constance que dans la P. G., enfin l'état général rapidement mauvais, l'évolution irrégulière et la curabilité fréquente la séparent de la maladie de Bayle (Observation IV.)

Si nous nous sommes arrêté un peu longuement à ces dernières formes de psychoses syphilitiques, qui auraient pu prendre place au chapitre du diagnostic, c'est pour bien montrer qu'il n'y a pas de limite absolue entre les psychoses tertiaires et les psychoses dites parasyphilitiques, mais qu'elles sont reliées par des

(1) FOURNIER. — Syphilis cérébrale, p. 341.

types de transition. Le terme même de pseudo-paralyse générale peut être critiqué et n'a pas manqué de l'être: « Il n'y a pas, a-t-on dit, de pseudo-maladies, il n'y a que des pseudo-cliniciens. » En fait, ce terme traduit l'embarras qu'éprouve le clinicien, lorsqu'il s'agit de classer une observation qui, par la plupart de ses caractères cliniques, se rapproche de la P. G., alors que l'efficacité du traitement et son évolution la rapprochent au contraire des Psychoses tertiaires.

Il va sans dire que l'évolution des psychoses syphilitiques tertiaires est subordonnée à celle de la lésion cérébrale spécifique, à laquelle elles se rattachent et au traitement qui lui est opposé: c'est-à-dire qu'elles s'améliorent ou s'exacerbent suivant les cas, qu'elles peuvent prendre enfin une allure tout à fait aiguë, lorsque le processus anatomique est lui-même aigu.

Dans la grande majorité des cas, ces psychoses guérissent, mais souvent elles laissent après elles un déficit, une déchéance psychique plus ou moins marquée, avec ou sans coexistence de troubles moteurs.

DIAGNOSTIC

Ainsi que nous l'avons vu, les Psychoses peuvent se rencontrer à toutes les périodes de la Syphilis.

Les Psychoses Primaires et Secondaires ne nous relieront pas car elles coexistent avec les lésions primaires ou secondaires qui en sont la signature.

Dans le cas qui nous occupe, il s'agit d'un malade qui atteint, il y a de cela 8 à 12 ans, d'un chancre syphilitique souvent bénin, « un chancre de rien », comme le dit Fournier, ou d'un syphilitique qui, blanchi par un traitement d'assaut, s'est laissé aller à une quiétude trompeuse, et qui subitement présente des troubles somatiques graves (crises, paralysie oculaire, névrite périphérique, etc.) qui se compliquent de troubles mentaux. Parfois le diagnostic est aisé. Il y a eu chancre, un traitement a été suivi, on retrouve des stigmates de l'affection, il existe ou il y a eu des troubles moteurs ou convulsifs, le signe d'Argyll Robertson existe, enfin le laboratoire confirme le diagnostic, l'examen du Liquide C. R. décelant de la lymphocitose, de l'hyperalbuminose et la réaction de Bordet-Wassermann étant positive. Mais, en réalité, il s'en faut de beaucoup que ce diagnostic soit toujours si aisé et notre observation (n° VI) en est une preuve. Parfois, le malade ignore tout de son passé génital, plus souvent encore, le médecin n'a devant lui qu'un hébété, frappé d'amnésie profonde des idées et des souvenirs, on conçoit combien le diagnostic peut être alors difficile.

Les *tumeurs cérébrales*, par les troubles intellectuels qu'elles présentent (affaiblissement de la mémoire, perte de l'attention, torpeur intellectuelle et lenteur de tous les processus psychiques, somnolence et coma), par les troubles somatiques (convulsions, lymphocitose du Liquide C. R.) peuvent en imposer pour une psychose syphilitique tertiaire, mais l'œdème de la papille, l'absence de réaction de Bordet-Wassermann, l'inefficacité du traitement spécifique, font faire le diagnostic.

La *Neurasthénie*, avec ses phénomènes de dépression mentale, peut en imposer également, pour une psychose syphilitique tardive, mais le surmenage intellectuel et l'hérédité nerveuse qui en sont causes, ainsi que l'absence de signes objectifs, aident au diagnostic. La *Neurasthénie tardive de la Syphilis* que Fournier a décrite, survient 6 à 10 ans après le chancre, elle est caractérisée par le luxe des symptômes: douleurs de tous sièges, hyperesthésies diverses, asthénie marquée du système musculaire, palpitations, symptômes génitaux, absence fréquente de lymphocitose du liquide C. R.; l'affaissement physique et moral plus marqué que l'affaiblissement de toutes les facultés met sur la voie du diagnostic.

Les troubles psychiques du *Tabès* doivent attirer plus spécialement notre attention. Pierret et Rougier ont montré que chez ces malades il s'agissait le plus souvent de mélancolie avec obtusion, torpeur ou anxiété, idées vagues de persécution, hallucinations confuses sensorielles et cénesthésiques. Les malades accusent les personnes de leur entourage de vouloir les empoisonner, ils se plaignent d'entendre des injures, de percevoir des sensations gustatives désagréables, d'éprouver dans tout le corps des sensations étranges. Les douleurs fulgurantes, les paresthésies sensitives et sensorielles, les lésions oculaires sont l'origine de ces idées délirantes et de ces hallucinations. Enfin, rappelons encore pour montrer toutes les difficultés du diagnostic, la coexistence fréquente du tabès et de la P. G.

Quant à la Paralyse générale, affection à laquelle il faut toujours penser en de telles circonstances, il est plus difficile de l'éliminer. Nous ne croyons pouvoir mieux faire que d'emprunter presque textuellement, à l'article de MM. Dupré et Logre, les éléments du diagnostic différentiel entre la démence syphilitique et la démence paralytique.

« La démence paralytique n'étant qu'une forme tardive et spéciale de syphilis cérébrale, on conçoit, en

« raison de la communauté des éléments, soit étiolo-
« logiques (accidents spécifiques, signe d'Argyll, lym-
« phocitose céphalo-rachidienne, Wassermann), soit
« topographiques (signes de méningo-encéphalite plus
« ou moins diffuse), soit même évolutifs (démence pro-
« gressive plus ou moins rapide, gâtisme), à quel point
« il peut être difficile de distinguer entre elles les deux
« affections. Et cependant, ce diagnostic différentiel est
« d'un intérêt capital pour le pronostic et la théra-
« peutique. La syphilis cérébrale, qui aboutit parfois
« très rapidement au gâtisme et à la mort, n'a pas
« cependant l'évolution fatalement progressive de la
« P. G., enfin et surtout, tandis que la syphilis céré-
« brale est justiciable du traitement ordinaire de la
« syphilis (mercure, arsenic) et peut être améliorée
« considérablement ou même guérie par une interven-
« tion thérapeutique opportune, la paralysie générale,
« répondant à un autre processus lésionnel, se montre
« rebelle au mercure qui souvent la complique et l'ag-
« grave, et si le traitement arsenical peut, dans cer-
« taines conditions, relever l'état général, il serait assu-
« rément prématuré de parler de la vertu curative des
« composés arsenicaux. En présence d'un syndrome
« paralytique, le problème du pronostic et du traite-
« ment se ramène donc essentiellement à un problème
« de diagnostic ».

Notons l'importance souvent décisive en faveur de la syphilis cérébrale de l'apparition de symptômes révélateurs de lésions en foyer (ictus apoplectique, hémiplégie ou monoplégies persistantes, paralysies oculaires, épilepsie surtout jaksonienne, aphasie, vertiges, céphalée tenace, etc.).

Les troubles de la parole dans la syphilis cérébrale ne sont pas aussi caractéristiques que dans la P. G. : il y a empâtement plutôt qu'achoppement ou bredouillement.

L'aphasie proprement dite, plus ou moins grave, est très rare dans la P. G. et ne dure pas.

Mais c'est au Psycho-diagnostic que nous aurons surtout recours pour distinguer ces deux affections.

« La démence de la syphilis cérébrale, au lieu d'être globale comme la démence paralytique, est partielle, lacunaire, inégale et élective dans ses atteintes; elle compromet certains modes de l'activité psychique: mémoire, association des idées, capacité de travail, plutôt qu'elle ne diminue en masse l'intelligence. Les facultés psychiques subissent une réduction plus ou moins considérable, mais partielle et non pas un effondrement massif et général.

« La démence syphilitique n'altère pas si profondément le caractère et ne métamorphose pas, au même degré, la constitution mentale du malade. Elle n'enlève pas au sujet, dans l'immense majorité des cas, la notion de sa personnalité passée et actuelle, ni celle de l'orientation. Elle ne comporte pas la même mobilité, ni la même incohérence des symptômes, la même euphorie niaise, la même approbativité. — L'amnésie continue ne s'accompagne souvent pas de fabulation; ou si la réaction imaginative intervient, ce n'est jamais sous la forme du délire imaginatif absurde, fantastique, et colossal, caractéristique de la P. G.

« Le sujet conserve la faculté de l'autocritique. Il est plus ou moins conscient de sa diminution intellectuelle; il n'est pas indifférent à sa déchéance et il ne faut pas prendre pour des marques d'inscience ou d'apathie les effets de la dépression ou de la torpeur qui l'emportent souvent chez lui sur l'affaiblissement intellectuel proprement dit et la déchéance affective ou morale.

« L'hébétude, l'obnubilation, l'inertie, fréquemment accompagnées de céphalée continue et gravative, rappellent l'état mental, soit des intoxications et des psychoses confusionnelles, soit des tumeurs cérébrales. A travers les lacunes et les troubles psychiques, dont l'évolution procède souvent par variations

« assez brusques, par éclipses soudaines et plus ou
« moins électives, l'analyse clinique permet de déceler,
« non pas le fond démentiel de la P. G., mais une
« conservation relative de l'activité mentale, dont on
« arrive, en excitant les sujets, à réveiller les manifes-
« tations.

« Contrairement à la démence paralytique, la démence
« syphilitique apparaît, non pas comme le symptôme
« essentiel d'une maladie progressive et fatalement
« mortelle, mais comme le résultat contingent de lé-
« sions corticales, conciliables, dans une certaine me-
« sure, avec la santé physique et souvent susceptible
« de se limiter ou de rétrograder. »

Mais ce qui complique encore le diagnostic, c'est la coïncidence assez fréquente sur le même cerveau des lésions syphilitiques tertiaires et des lésions de la P. G. De cette association des deux processus syphilitomateux et paralytiques résulte une encéphalopathie mixte où se mélangent les symptômes psychiques de la démence et les signes physiques des lésions en foyer (céphalée, paralysies localisées, etc.). Le traitement exerce dans ces formes associées une action dissociée : heureuse sur les lésions syphilitiques, nulle ou nuisible sur les lésions paralytiques.

Le diagnostic sera encore à faire avec l'*Epilepsie tardive*, causée soit par la l'artériosclérose, les intoxications, les fièvres éruptives et dont les psychoses post-convulsives peuvent se traduire par un accès de mélancolie anxieuse ou surtout stupide avec prostration, immobilité, hébétisme, gâtisme, et qui, ainsi que l'ont démontré Mosny, Pinard et Voisin, présentent souvent de la lymphocitose et de l'hyperalbuminose du Liquide C. R. — Rappelons ici les symptômes de l'épilepsie syphilitique: son début dans l'âge adulte, l'absence de cri initial; entre les crises: la céphalée, l'Argyll Robertson, enfin le résultat de la réaction de Bordet-Wassermann et l'action nette du traitement.

Enfin il nous faudra penser encore à la *démence sénile*, faite d'amnésie progressive des faits et des mots, d'incohérence des idées et du langage, d'actes enfantins, d'idées confuses de persécution et caractérisée par l'affaiblissement et l'usure des forces, des organes et des sens; — l'*artériosclérose cérébrale* liée à des troubles cardio-vasculaires; — la *démence organique* caractérisée par la sensiblerie, l'irritabilité, les idées confuses de persécution avec agitation et hallucinations nocturnes, mais pas d'Argyll, pas de lymphocitose, et âge avancé du malade; — la *Psychose alcoolique chronique*, dans sa forme de confusion mentale chronique surtout, si souvent associée à la syphilis, et qui fait de ces malades de véritables hybrides (Observation I.); — les *Psychoses, saturnine subaiguë rhumatismale, goutteuse, diabétique, urémique*, qui ne sont que des épiphénomènes dans la maladie causale qui attire toute l'attention du clinicien.

Enfin, rappelons que tout syphilitique, à une période lointaine de son affection, peut présenter des phénomènes démentiels, où la spécificité n'a que faire (intoxications, auto-intoxications, etc.). En ce cas, le clinicien devra résister à la tentation bien naturelle de porter le diagnostic de Psychose syphilitique, et malgré les antécédents, rapporter ces troubles à leur cause réelle ce qui lui permettra d'appliquer une thérapeutique efficace, évitant ainsi les résultats parfois déplorables d'une médication antispécifique intense.

TRAITEMENT

« Les syphilis et les parasyphilis nerveuses, disait Fournier, constituent avec l'héredo-syphilis, le grand danger de la syphilis. » — En effet, la fréquence de ces redoutables complications est grande, puisque, sur les 5762 cas de tertiarisme que cet auteur a suivis, 1851 se compliquaient de syphilis nerveuse. Le clinicien aura donc toujours présentes à l'esprit ces localisations, afin de les prévenir ou s'attaquer à elles, le cas échéant.

Traiter énergiquement et longtemps tout accident primaire, voilà la meilleure des prophylaxies. Les accidents disparus, le malade devra se rappeler qu'il n'est pas guéri, qu'il doit être surveillé toute sa vie et revenir à son médecin traitant au premier symptôme avertisseur de localisation cérébrale (céphalie, insomnie, névralgie du trijumeau etc.). L'institution rapide du traitement est ici de toute importance, « la clinique, ainsi que le disent Lannois et Porot (1), nous ayant appris que tout ce qui est récent ou diffus, ou semble en activité est accessible au traitement spécifique, tout ce qui est ancien, localisé, ou systématisé semble au contraire lui échapper. »

Aux Psychoses tertiaires, nous opposerons de préférence le traitement mercuriel avec une seule contre-indication relative: la néphrite atrophique avec ou sans gomme. Toutefois, s'il n'y a pas d'hypertension artérielle, si la perméabilité rénale est normale, si le rapport azoturique est un peu au-dessus de 83, on pourra néanmoins administrer le traitement mercuriel, qui améliore et souvent guérit ces néphrites. (notre observation VI en est un exemple.)

On fera des injections intra-veineuses de cyanure de mercure à 0,01 (centigr.) tous les jours, ou tous les

(1) LANNOIS ET POROT. — Thérapeutique des maladies nerveuses. Actualités Médicales 1907.

2 jours, en tout 20 à 30 injections. On interrompera 8 à 10 jours, et on les reprendra aussitôt avec persévérance.

Une intoxication mercurielle plus ou moins marquée (stomatite, diarrhée sanglante, ictère) fera interrompre la médication, mais on la reprendra le plus tôt possible en la continuant pendant longtemps. On pourra recourir aussi aux frictions, aux injections intramusculaires de sels solubles ou insolubles. Parmi celles-ci, notre préférence ira, comme l'indique le Pr. Nicolas (1) aux injections de sels solubles, avec lesquels on peut faire des traitements puissants et inoffensifs. Le biiodure sera le médicament de choix (0.04 centigr. pro die, pendant 40 à 50 jours), et après lui le benzoate, l'hermophéyl, le salicylate de mercure et l'énésol.

Les *Iodures*, par leur action quasi spécifique sur les lésions artérielles méningées, encéphaliques, sont particulièrement recommandés à la dose de 2 à 4 gr. pro die; on les administrera à doses petites, fractionnées et très diluées, en se souvenant que les iodures sont contre-indiqués chez les porteurs de lésions laryngées, chez les tuberculeux congestifs, les néphritiques aigus, chez tous les malades susceptibles d'avoir des hémorragies graves

Quant aux traitements arsenicaux, les résultats ont été diversement appréciés: excellents pour les uns, ils auraient, pour Gaucher en particulier, le grand inconvénient de fragiliser les centres et d'aggraver certains accidents nerveux. Ce n'est que dans les cas de lésions récentes, peu profondes, que le 606 ou le 914 peuvent être employés suivant la technique des doses faibles, répétées ou des doses progressivement croissantes.

Les albuminuries syphilitiques ou non, ne sont pas des contre-indications absolues, Nicolas et Moutot ont montré, en effet, que dans deux cas d'albuminurie post-

(1) Traitement de la syphilis du système nerveux. Discussion. (S. M. des Hôpitaux, 1908, p. 456.)

scarlatineuse, les arsenicaux ont produit une diminution considérable de l'albuminurie.

Rappelons, ici, l'importance capitale du diagnostic pour le traitement de ces psychoses qui simulent, ou souvent ne sont qu'une phase de transition vers la P. G. Chez elles, en effet, l'arsenic, le mercure ont une influence heureuse. Dans la P. G., au contraire, si l'on a recours aux doses intensives de Hg, le résultat d'un tel essai ne se fait pas attendre : l'état général du malade devient rapidement mauvais, l'amaigrissement survient, les symptômes morbides nerveux s'exagèrent, bref l'aggravation est manifeste. Sicard a prétendu, au contraire, que rien de semblable ne se produisait avec l'arséno-benzol : « Nous avons toujours » assisté, dit-il, à une action tonique du médicament, « à un relèvement de l'état général, à une augmentation du poids corporel ». Cependant, n'oublions pas les effets désastreux qu'il entraîne parfois ; c'est surtout chez ces malades âgés, ayant dans leurs antécédents une syphilis lointaine et entrant à l'hôpital pour des troubles psychiques où la spécificité n'est pas en cause, que les injections intensives de composés arsénicaux provoquent parfois des résultats déplorables.

Si nous nous sommes appesantis jusqu'alors sur le traitement causal spécifique, sans tenir grand compte des troubles psychiques, c'est que l'expérience a montré que seul le traitement antisiphilitique *précoce, énergique et prolongé* peut faire disparaître ces psychoses, aussi ferons-nous une part légère à l'isolement, aux toniques, à l'hydrothérapie, aux bromures et au chloral qui, sans action directe sur la maladie, peuvent cependant agir comme adjuvants.

OBSERVATIONS ⁽¹⁾

OBSERVATION N° I (Résumée)

CHASLIN. — Éléments de semiologie et de clinique mentales (p. 444).
Syphilis cérébrale améliorée. Hémiplégie droite et aphasie persistantes.

Pr.... marchand de vins, 40 ans, entré le 27 décembre 1905.

Renseignements donnés par son oncle.

Le 18 septembre 1904, le malade a eu une congestion, resta sans connaissance, demeura paralysé du côté droit, il perdit l'usage de la parole. Actuellement il ne sait que quelques mots, mais répète facilement ceux que l'on prononce devant lui. Envoyé à la campagne par son médecin traitant, il eut à de certains moments des attaques de rage, accès de colère, cherchant à frapper autour de lui. Par moments il paraît avoir des visions, semble avoir peur « on dirait qu'il voit quelque chose ».

Parfois aussi il a des attaques, tombe comme mort. Cela dure de dix à quinze minutes, puis il se met à crier. Il perd connaissance, reste immobile sur le lit, a des secousses des bras, à la fin il est abattu et endormi. Il y a 2 ou 3 ans, il a eu déjà en petit, des attaques de nerfs assez comparables à cela, il en avait souvent depuis son attaque (4 ou 5 par semaine.)

Marié depuis 13 ans, sa femme a eu deux fausses-couches, pas d'enfant vivant; il aurait eu la syphilis à 22 ou 23 ans et a été très incomplètement traité. Ethylisme marqué.

(1) Sans rapporter ici toutes les observations de Psychose syphilitique tardive qui ont été publiées, nous nous sommes bornés à résumer celles qui nous ont paru les plus complètes ou les plus démonstratives. Leur nombre, il faut le reconnaître, est assez restreint. Il est à souhaiter que de nouvelles observations détaillées et longtemps suivies de Psychoses syphilitiques tertiaires soient publiées, afin de mieux établir leur réalité et leurs caractères.

Examen le 29 décembre 1905.

Signes physiques: Inégalité pupillaire (D plus grande que G) — Signe d'Argyll Robertson — un peu de ptosis droit — langue légèrement déviée à droite — tremblement fibrillaire des lèvres en masse — pas de Romberg — diminution de la contractilité musculaire à droite — marche difficilement, la jambe droite traîne, il fauche un peu — pas de steppage — réflexe rotulien: aboli à gauche, un peu fort à droite — réflexes palmaire et olécrânien droits forts — clonus du pied à droite — pas de Babinski.

Etat mental — Calme — tranquille — ne paraît pas excité — ne dit que « pays », « feignant, » — comprend tout ce qu'on lui dit, reconnaît assez bien les objets et peut les prendre quand on le lui demande, mais se trompe souvent — de plus, ne peut dire son nom, mais le répète quand on le lui dit.

20 janvier 1905. — Se plaint de vives douleurs dans la jambe et le bras droits — il fait signe avec sa main gauche que tout son côté droit a été paralysé — Il paraît conscient de sa situation, se lamente et laisse entendre qu'il est sûr de sa mort prochaine — comprend parfaitement bien tout ce qu'on lui dit et exécute chaque ordre qu'on lui donne — Motilité paraît un peu revenue du côté paralysé, mais l'aphasie reste au même degré — ne peut spontanément dire que « pays, feignant, oui » — Dès ce moment état stationnaire — crises épileptiformes de temps en temps, paraissant devenir moins fréquentes — Le malade est proposé pour la division des incurables.

OBSERVATION N° II (résumée)

CHASLIN. — Eléments de semiologie et de clinique mentales (p. 446).
Syphilis cérébrale. Délire incohérent. Signes de lésions localisées.

Th..., magasinier — entré le 19 juillet 1909.

Antécédents fournis par la femme.

Antécédents héréditaires inconnus — 2 enfants bien portants — pas de fausses couches. — Sobre, pas buveur, jamais de maladie. — En 1901, reçoit sur la nuque un bloc de fonte. — 2 mois après, la vue du malade baisse. — on lui fait des injections intraveineuses de Cyanure de mercure : amélioration momentanée. — Dès ce moment, caractère du malade s'assombrit, il devient jaloux, cherche à se suicider, s'est fait une entaille au cou à l'aide d'un rasoir. — Idées de persécutions vagues, pas d'hallucinations de la vue ou de l'ouïe.

7 juillet 1909. — Malade complètement aveugle, pupilles insensibles à la lumière — Strabisme interne de l'œil droit — Réflexes des membres exagérés — Le malade paraît seulement très légèrement affaibli intellectuellement, idées de persécution très vagues.

10 juillet. — Ponction lombaire: lymphocitose très abondante. — Si le niveau mental paraît peu affaibli, il y a, par contre, à de certains intervalles, des manifestations délirantes, incohérentes et absurdes qui attirent l'attention. Ainsi:

Le 17 août, il raconte qu'il a rêvé. — « J'ai rêvé que j'étais Napoléon et que j'ai renversé le Pape. » — « Je ne peux m'expliquer pourquoi, quand je change une pièce de 20 sous, on me rend des sous avec l'effigie de Napoléon et jamais celle de la République. »

D. — Y a-t-il là un rapport avec votre rêve ?

R. — Monsieur, je ne sais pas: j'ai rêvé, mais je crois que je n'y suis pour rien dans la guerre avec l'Allemagne

18 décembre. — Il ressent, dit-il, des élancements dans les yeux qui rappellent un grelot et qu'il attribue vaguement à un « on » sur lequel on n'obtient pas de renseignements : « Je croyais que je descendais de Napoléon, je n'en suis pas sûr. » « J'ai 33 lettres dans mon nom, j'ai 45 ans, je suis né en 1863, je pèse 75 kilos, etc. » — Il se plaint qu'on veuille le supprimer.

29 mai. — Peu à peu ces idées de persécution et de grandeur ont disparu. — Il ne reste que l'affaiblissement intellectuel, assez peu marqué pour que le malade puisse être transporté à l'hospice de Nanterre.

OBSERVATION N° III (résumée)

CHASLIN.— Éléments de semiologie et de clinique mentales (p. 447).
Syphilis cérébrale avec syndrome de Korsakoff, sans faux souvenirs.

La..., 61 ans — ancien typographe — entré le 29 août 1906.

Syphilis à 15 ans — en 1904, premier ictus apoplectiforme — A la suite, affaiblissement très marqué de la mémoire, qui va en croissant et qui inquiète le malade — Le 20 août 1906, nouvel ictus — entre le 29 août à Bicêtre.

Interrogatoire.

D. Bonjour Monsieur! — R. Bonjour Monsieur, mais je ne suis pas halluciné. — D. Quel âge avez-vous? — R. Je suis de 1845. — D. Oui, mais quel âge avez-vous? — R. Je ne sais pas, en quelle année sommes-nous? c'est une absence, mais je ne suis pas maboul pourtant; nous sommes au XIX^e siècle, en 1800, en 1870 — en 1900, mais même plus... je suis donc atteint d'aliénation mentale? — D. Où êtes-vous ici? — R. Je ne sais pas, je suis à... mettez-moi donc sur la voie... Oh! je suis donc atteint d'aliénation (le malade pleure). — D. Voyons! comment êtes-vous venu ici? — R. Ici, je n'en sais rien. — D. Depuis combien de temps êtes-vous ici? — R. 48 heures, 3 jours (le malade est entré la veille), mon décidément je perds la tête. — D. Où étiez-vous avant de venir ici? — R. Chez moi. — D. Où ça? — R. Oh! je ne sais pas, j'ai oublié, voyons, c'est-il bête ça, pourtant j'ai bien un domicile. — D. Oui, vous habitez rue R... — R. Ah! oui, rue R... — D. Avez-vous des enfants? — R. Je crois deux (exact), n'ai-je pas aussi une fille? il me semble que j'avais une fille.

Quelques secondes après, on demande au malade d'indiquer l'adresse de son domicile, il l'a déjà oublié.

Le malade est incapable de retenir un fait, une date. Il y a amnésie généralisée très étendue à la fois actuelle ou continue et rétrospective, mais il n'y a pas d'aphasie. La désorientation est complète dans le temps et le monde extérieur, le malade ne reconnaît pas les salles ni son lit.

Examen physique.

Pas de troubles moteurs, pas de tremblement des lèvres ni de la langue — pas d'embarras de la parole — Réflexes exagérés à droite — Signe de Babinski double, mais surtout à droite — pas de clonus du pied — Sphincters fonctionnent normalement — surdité légère gauche (datant de l'enfance, paraît-il) — pas d'inégalité pupillaire — Les pupilles réagissent lentement à la lumière. — Ponction lombaire: lymphocitose abondante.

Sous l'influence d'injections de Biiodure: légère amélioration. Le 28 septembre, l'état mental baisse, le malade gâte. On cesse le traitement mercuriel. — Le 10 octobre, on soumet le malade au traitement ioduré, mal supporté.

Dans la nuit du 14 au 15 décembre, ictus apoplectiforme et coma. — De 2 heures du matin à 1 heure du soir: 41 accès épileptiformes. — Mort le 15 décembre en état de mal.

OBSERVATION N° IV (résumée)

CHASLIN. — Éléments de semiologie et de clinique mentales (p. 441).
Syphilis cérébrale prise pour de la P. G.. Signes de localisation. Guérison avec léger déficit intellectuel.

Ri..., dessinateur, 34 ans — entré le 14 juin 1905.

Malade depuis 7 ans — a vu double au début, a été très agité et très violent — sa femme le soigne jusqu'en 1902, époque où il a été placé dans un asile : il a été très agité et gâteux avec délire de grandeur, accès épileptiformes et embarras de la parole — sorti en juillet très affaibli et gâteux — avant son entrée, fait une fugue jusqu'à Nice — il a été considéré, dit sa femme, comme atteint de P. G. par tous les médecins qui l'ont vu.

Malade grand et fort, aspect endormi, mais sans le masque du P. G.. — pas de troubles de la parole, à peine un léger tremblement de la langue, pas de tremblements des lèvres, ni des membres. — Pas de troubles ataxiques, il traîne seulement un peu la jambe gauche, quand il marche. — Réflexes rotuliens exagérés à droite; achilléens normaux. — Babinski à gauche. — Pas de trépidation épileptoïde. — Pas de troubles de la sensibilité. — Aux yeux légère dilatation pupillaire gauche. — Réflexe lumineux normal, à gauche, à droite extrêmement faible. — Réflexe à l'accommodation normal — Surdité datant de l'enfance à gauche.

Au point de vue mental: paraît éteint, se rappelle très bien sa vie antérieure jusqu'à il y a 7 ans environ: donne le lieu et la date de sa naissance, reconnaît qu'il a eu la syphilis à 21 ans, mentionne le début de son affection, il y a 5 ans $1/2$, et la perte de sa mémoire, mais, par contre, il nie être entré dans un autre asile qu'ici, et sa fuite à Nice lui est complètement inconnue. — Il y a là une lacune qui porte sur

plusieurs années et n'est pas reconnue par le malade. — La mémoire actuelle ne semble pas affaiblie. — La seule chose qui marque un affaiblissement intellectuel est l'indifférence avec laquelle il accepte son séjour à l'asile; sa femme, qui veut divorcer, vient le voir régulièrement et il accepte aussi volontiers ses visites et ce projet contradictoires. — Ponction lombaire: lymphocitose presque normale.

Jusqu'au 30 octobre 1907, l'état mental reste le même, mais la marche est devenue de plus en plus facile.

En 1909, l'état était le même. — Ponction lombaire: lymphocitose normale, mais réaction de Bordet-Wassermann : positive.

OBSERVATION N° V

LESIEUR, FROMENT et GARIN. — Sur un nouveau cas de syphilis du ~~nevraxe~~ réalisant la transition entre les myélites syphilitiques, le tabès et la P. G. (Syndrome de Guillain et Thaon), *Lyon Médical*, 18 février 1909 (p. 454).

Homme de 49 ans, ancien avoué, entré à la clinique de M. le Prof. Lépine, le 7 janvier 1909, pour des troubles de la marche et des symptômes psychiques. Ce malade est un ancien syphilitique, malgré ses démentsis, mais on ne peut préciser la date de l'accident primitif. — On sait seulement qu'à 35 ans, peu après son mariage, il eut une éruption sur le bras et la figure, qu'il prenait de l'iodure de potassium et qu'enfin sa femme eut 2 grossesses terminées chaque fois par une fausse couche. — L'affection actuelle a débuté, il y a 3 ans, en octobre 1905, par des vertiges, suivis de vomissements, et le malade a été traité à cette époque pour des vertiges gastriques. — Les vertiges auraient momentanément disparus en janvier 1906, mais la démarche devient traînante. — En juillet de la même année, les vertiges réapparaissant, le malade consulte M. Bouveret, qui conseille des injections de bi-iodure: 2 séries de 10 injections qui sont suivies d'une rapide amélioration. — A cette même époque, troubles urinaires qualifiés de cystite. — En avril 1907, le malade se plaint de ne pouvoir faire son travail d'avoué, il écrit difficilement, il s'aperçoit qu'il perd la mémoire et il doit bientôt renoncer à sa profession. — Sa femme prétend qu'il a depuis quelque temps un peu de délire des grandeurs, et par période, de la mélancolie avec accès de mutisme. — Son état intellectuel attire en effet tout spécialement notre attention dans le service. — Indifférent et abattu, il reste pendant la journée assis auprès de son lit, sans bouger et, au milieu de la nuit, il veut parfois se lever. — Lorsqu'on l'interroge, il répond bien, mais il se souvient mal des faits récents,

il se trompe en comptant, les mots sont parfois mal articulés — Aucune idée délirante manifeste, mais le malade parle peu et retombe vite dans un état d'indifférence et de torpeur cérébrale. — Si l'on rapproche de cet état psychique un léger tremblement de la langue et des doigts, on conçoit qu'un tel malade puisse d'abord être considéré comme un P. G. — Mais il y a plus: Le signe de Romberg est positif, on constate une légère incoordination. — Il n'y a pas de contracture au repos, mais du clonus de la rotule, de la trépidation épileptoïde, et une démarche lente, traînante, à petits pas, à caractère nettement spasmodique. — Il y a non seulement de l'exagération des réflexes rotuliens, mais encore des réflexes tendineux des membres supérieurs et du réflexe massétérin. — Le réflexe cutané plantaire se fait en extension des 2 côtés. — Légère parésie du membre supérieur droit et troubles dyssthésiques peu marqués à la partie interne de la main du même côté. — La pupille droite est normale, réagit bien à la lumière et à l'accommodation. — Le malade a perdu l'œil gauche dans l'enfance, consécutivement à un traumatisme. — Le malade prétend n'avoir eu aucun rapport sexuel, depuis deux ans, il accuse de la pollakiurie avec cystalgie et incontinence d'urine inconstante. — L'examen des voies urinaires ne décèle rien d'anormal au niveau de l'urèthre, de la prostate, ni de la vessie (pas de rétention, contractilité assez bonne). — La ponction lombaire montre qu'il n'y a ni hypertension, ni réaction méningée.

Le malade a été soumis au traitement mercuriel: une première série de dix injections de 3 centigrammes de bi-iodure n'a amené aucune sédation des symptômes précédents.

OBSERVATION N° VI (*Inédite*)

J. Froment et C. Picon (1)

RÉSUMÉ CLINIQUE : *Crises comitiales tardives généralisées et du type jacksonien. Hemiparésie transitoire avec monoparésie gauche persistante.*

Confusion mentale avec agitation incohérente alternant avec des périodes de lucidité. Variations brusques de l'état mental par éclipses soudaines.

Signe d'Argyll. Abolition du réflexe rotulien droit et des réflexes achilléens.

Ponct. Lomb. : Lymphocytose. Hyperalbuminose Wass. positif.

Absence des signes somatiques et psychiques pathognomoniques de la Paralyse Générale. Absence d'état démentiel nettement caractérisé.

Influence favorable du traitement hydrargyrique intensif, qui fait disparaître les crises convulsives et l'albuminurie et qui paraît améliorer l'état mental.

L. 55 ans, boulanger, fait un premier séjour à l'Hôpital de la Croix-Rousse, en mai 1919.

Depuis octobre 1918, il présente à peu près tous les mois des crises convulsives qui, d'après les renseignements donnés, ont le caractère de crises comitiales : elles durent 10 à 15 minutes, s'accompagnent parfois de morsure de la langue et sont suivies d'une période d'obnubilation et de somnolence. Ces *crises comitiales à apparition tardive* revêtent parfois les caractères de *crises convulsives localisées du type jacksonien*.

(1) M. le Dr J. Froment ne s'est pas borné à mettre cette observation à notre disposition. Il a voulu, tout en nous guidant, que nous suivions et que nous notions nous-même l'état de ce malade au jour le jour. Il nous a fait enfin le très grand honneur d'insister, au moment de la publication de cette observation, pour que nous associations notre nom au sien. Nous lui en exprimons toute notre reconnaissance.

En janvier 1919, s'installe brusquement une *hémiparésie gauche* qui retrecède en ne laissant subsister qu'une parésie du bras gauche.

A la fin d'avril 1919, nouvelle crise convulsive du type jacksonien à début facial gauche.

On constate alors de l'*albuminurie* avec hypertension artérielle légère (Tens. systol. : 150 mm. hg.; Tens. diastol. 80 mm. hg. — méth. de Riva-Rocci) sans hypertrophie cardiaque notable, mais la coexistence des crises convulsives du type jacksonien fait repousser le diagnostic d'hémiplégie par trouble vasculaire lié à l'hypertension et fait porter le diagnostic de méningite localisée de nature syphilitique. On note d'ailleurs une légère inégalité pupillaire avec ^{le} signe d'*Argyll-Robertson*. La réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang.

Un traitement (injections de Biiodure de mercure) fut institué sans retard, mais ne put être continué : le malade sortit de l'Hôpital et ne revint pas suivre son traitement.

Il est ramené à l'Hôpital le 5 novembre 1919 pour des *troubles mentaux*. La femme du malade donne les renseignements suivants : les crises convulsives sont devenues plus fréquentes : elles se reproduisent toutes les semaines, et le malade qui a pu, jusqu'ici, exercer son métier, a présenté, de plus, des *périodes d'obnubilation alternant avec des périodes de lucidité relative*. A certains moments, par exemple, il ne parvenait pas à rendre la monnaie, s'embrouillait dans ses comptes, s'en apercevait lui-même et cédait le comptoir à sa femme. Ces phases d'obnubilation s'accompagnaient parfois d'excitation avec égarement et agitation furieuse obligeant la famille du malade à l'attacher dans son lit. Mais ces phases périodiques d'obnubilation étaient de courte durée, le malade redevenait à peu près normal et pouvait reprendre l'exercice de sa profession. Toutefois, même dans ces périodes relativement bonnes, on avait remarqué que son caractère avait changé. Il était irritable et par instant méchant. Il ne se passait pas de jours où il ne

reprocha aux siens de lui faire entendre des sonneries et des cloches (depuis le début de son affection il présentait un peu de surdité). A aucun moment il ne présenta de délire systématisé bien caractérisé ni en particulier de délire des grandeurs.

Le malade présente à son entrée à l'Hôpital un état de *confusion mentale avec incohérence* qui s'accroît pendant les jours suivants et confine à la *stupidité*. Il reste inerte dans son lit, indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, répétant inlassablement des mots sans signification « fil, fil, fil.., parle, parle, parle ». Il donnerait presque alors l'impression n'était son état de stupeur et d'égarement d'un aphasique sensoriel qui jargonne.

La température, jusque là subnormale s'élève, le 13 novembre et atteint 38°4 le matin, 38°6 le soir, mais on recherche en vain les signes d'une localisation infectieuse (pneumonie ou angine) susceptible d'expliquer l'écllosion de ces troubles mentaux chez un alcoolique. Le malade a bien fait autrefois des excès éthyliques, rarement jusqu'à l'ivresse, mais depuis 1914 il ne boirait plus. D'ailleurs l'élévation thermique susmentionnée ne se maintient pas et la température redevient subnormale.

Aucun signe de méningite aiguë : ni kernig, ni raideur de la nuque, ni vomissements, ni constipation.

En présence de l'albuminurie qui est à nouveau constatée, on recherche l'azotémie. L'examen chimique donne les renseignements suivants : Azote uréique : 0 gr. 60 dans le sang et 0 gr. 70 dans le liquide céphalorachidien. Chlorures (en N a C L) : 5 gr. 86 dans le liquide céphalorachidien.

Par élimination et en tenant compte des accidents nerveux antérieurs on porte le diagnostic de confusion mentale liée à l'évolution d'une syphilis ancienne. Les pupilles sont un peu inégales, mais ne sont pas déformées, ni irrégulières. Elles réagissent à l'accommodation et non à la lumière. Les réflexes rotuliens sont très

faibles, ils sont un peu plus forts à gauche qu'à droite.

La ponction lombaire (23 novembre) donne les résultats suivants : liquide clair, lymphocitose légère, hyperalbuminose (6 gr. 60) réaction de Bordet-Wassermann très positive.

Le 24 novembre 1919. Malade toujours très confus avec délire incohérent. A 2 heures de l'après-midi crise de fureur qui dure tout l'après-midi. On place le malade dans la chambre d'isolement. A 6 heures le malade se détache et de fureur brise la porte. On envisage son évacuation sur Bron.

Le 25 novembre 1919. On profite d'une accalmie pour commencer un traitement intensif. 1^{re} série d'injections intraveineuses quotidiennes d'oxycyanure de mercure (0,01 centigr.)

Le 27 novembre 1919. Malade a repris en partie sa lucidité, est maintenant calme.

Le 6 décembre 1919. Le malade est beaucoup plus calme et moins confus. Il se prête à l'interrogatoire suivant :

D. — Comment vous appelez-vous ?

R. — L... (réponse correcte)

D. — Quel âge ?

R. — 55-6

D. — En quelle année êtes-vous né ?

R. — 1864.

D. — Même question.

R. — Je ne sais pas, ne sais pas, apporterai mon carnet j'ai un carnet chez moi — 64 — c'est tout, je ne sais pas l'année, mois de septembre, la fin septembre, c'est tout.

Quel est votre métier ?

R. — Boulanger viennois et jeune 64. Je fais la pâtisserie, je suis tranquille, bonne position, il y a plus de 20 ans, un de ces jours je vais la faire signer pour 5 ans, tranquille, si bien que jeudi, samedi pour marcher, gagner ma vie tranquille, comme il faut, je m'en fait pas. j'ai eu des accidents, comprenez, je ne l'ai pas eu pour rien, une petite pension, je suis bien un

peu arrêté, à présent voilà, la boussole, le tonnerre de Dieu, la bête !

D. — Avez-vous des enfants ?

R. — Un pauvre garçon de 20 ans, on me l'a tué à la guerre (le malade pleure). J'ai une fille qui a un petit gône de 6 mois (en réalité 5 ans), mon gendre est bien tranquille ; il est estropié d'une jambe, mais il a une bonne place, soierie, dans une maison, son casque, il a une bonne place, qu'est-ce que vous voulez.

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — A la Croix-Rousse, à l'hôpital, sur la hauteur.

D. — Pourquoi êtes-vous ici ?

R. — Parce que je suis malade.

D. — En quel mois sommes-nous ?

R. — Octobre, novembre, décembre, 64.

D. — En quelle année ?

R. — 22-21-22 l'année, novembre.

D. — Quand la guerre a-t-elle commencé ?

R. — En 18, je ne sais pas.

D. — Elle a duré combien de temps ?

R. — Je ne sais pas bien, je ne connais pas bien, je ne sais pas comment c'est. Ça m'a tellement travaillé, mon pauvre gône, guerre, on a du commencer en 18.

D. — Quand a-t-elle fini ?

R. — Je n'en sais rien, je ne m'occupe pas de cela, en 22.

Toutes ces réponses sont débitées sur un ton chantant, un véritable ton de litanie. Il n'y a *pas de dysarthrie*. Pendant qu'il cause le malade répète inlassablement le même geste stéréotypé, monotone et enfantin : il tapote sur son lit ou sur son ventre et parfois s'interrompt pour esquisser un geste emphatique.

Examen somatique : Les réflexes achilléens sont abolis, ainsi que le réflexe rotulien droit. Le réflexe rotulien gauche est très faible mais il existe nettement. Les réflexes des membres supérieurs sont faibles mais symétriques. La marche est normale, il n'y a pas de signe

de Romberg ; la station sur un pied s'exécute sans difficulté. Pas de tremblement des doigts, des lèvres, ni de la langue.

Mêmes signes pupillaires que précédemment. L'examen du fond d'œil montre des papilles normales.

L'albuminurie a complètement disparu. Pupilles un peu étroites et inégales, G plus grand que D.

Le 8^e décembre 1919. L'amélioration se maintient. — Le malade se comporte d'une manière normale. — Devant la porte qu'il a brisée il s'étonne qu'il ait pu commettre ce dégât et avoue ne se rappeler de rien. — Urines: pas d'albumine.

Le 10 décembre 1919. Depuis hier le malade paraît de nouveau perdu. — Il parle davantage, la nuit en particulier se lève: — Cette nuit s'est levé pour uriner, a pris son urinal et a uriné contre le mur en disant : « Je ne sais pas qu'en faire, je ne sais pas où le mettre ». — A table a mangé gloutonnement avec ses mains. — Il parle constamment, se plaignant de son côté gauche. — Même aspect satisfait, souriant, un peu gouailleur. — Par moment, même geste stéréotypé de tapotement déjà décrit. — A 2 heures de l'après-midi, le malade sort dans la galerie, arrête les visiteurs et leur demande du tabac ; une femme passe il la saisit par la taille et cherche à l'embrasser. — Ramené au lit, le malade reste calme jusqu'à minuit, heure à laquelle il se lève, quitte sa chemise, défait son lit, urine contre le mur en même temps qu'il prononce des mots sans suite (gosse, comme cela, et voilà.)

Le 11 décembre 1919. Le malade est calme, on lui présente un journal et à quatre reprises on le lui tend à l'envers, chaque fois le malade le retourne à l'endroit en disant : « comme cela » la lecture des gros caractères est relativement aisée. — Subitement le malade va s'asseoir sur son lit, lève les bras, les fléchit violemment, trépigne dans son lit, s'étend et se redresse en criant : « Portez armes ! Hop, jusqu'au plafond, Eh hop ! en avant, demi-tour à droite, hum ! hum ! sautez.

— Après cette petite crise qui dure de 5 à 8 minutes, le malade redevenu calme se verse de la limonade très correctement sans en inonder son lit et boit. — Sur un ton enfantin et pleurard, il raconte que son côté gauche lui fait mal et qu'il est sec! — A midi il se met à table, mange correctement et dessert lui-même la table sans rien laisser tomber.

Le 13 décembre 1919. Le malade est très calme, semble normal, il est conscient de son état. — On arrête la première série d'injections intraveineuses, le malade a reçu 15 injections de 0,01 centigramme d'oxycyanure de Hg.

Le 18 décembre 1919. Ponction lombaire: 15 cm³ liquide clair, hypertendu.

Le 24 décembre 1919. On commence une deuxième série de 15 injections intraveineuses quotidiennes d'oxycyanure de mercure (0,01 centigr.)

Le 30 décembre 1919. Malade calme, circule tranquillement dans la journée. — On demande au malade comment il va? — Il répond qu'il va mieux mais que la tête est toujours la même chose. — Depuis combien de temps êtes-vous ici? — 3 semaines peut-être plus. — A quelle date sommes-nous? — (28 ou 29 décembre 1881.) — Pendant l'interrogatoire pour peu qu'on parle distinctement il paraît bien entendre, par contre lorsqu'on passe brusquement à une autre idée, et qu'on lui demande comment va sa femme il ne paraît pas comprendre et semble sourd, pourtant il répète le mot « femme » mais reste à son idée première.

Le 10 janvier 1920. On arrête la deuxième série d'injections intraveineuses (15)

Le 13 janvier 1920. Le malade très calme, demande d'une façon toute naturelle, l'autorisation de sortir 2 jours pour se faire photographier (une photographie étant nécessaire pour l'établissement de son carnet de vendeur ambulant). — Le malade sort avec sa femme et se comporte d'une manière normale. — Dans la semaine sa famille vient le voir en compagnie de son

petit-fils, Hamlin fort intelligent et affectueux. — Le malade accueille bien son gendre, sa fille et son petit-fils qu'il entoure d'une affection particulière « tu es un joli petit gône et je t'aime bien » et tout cela d'un ton si naturel que l'enfant se complait en la compagnie de son grand-père.

Le 22 janvier 1920. Le malade calme jusqu'alors, a une nouvelle crise d'excitation (sauts, gesticulations, éclats de rire) — il ne reconnaît pas sa femme, la bouscule, on est obligé de le mettre à nouveau dans la salle d'isolement, — Durée de la crise: 3 jours, pendant lesquels la température oscille entre 37° 8 et 38°. — Brusque retour à la normale, le malade reprend sa place dans la salle commune.

Le 26 janvier 1920. On commence la troisième série d'injections intraveineuses quotidiennes d'oxycyanure de mercure. — Le malade est de nouveau calme et se comporte normalement. — Les urines ne renferment toujours pas d'Albumine.

Le 13 février 1920. Le malade présente à nouveau une crise d'agitation qui dure 3 jours. — Température 38°. — On isole le malade qui crie continuellement « chez moi, je veux aller chez moi, mourir chez moi ».

Le 18 février 1920. Malade calme. — On note une parésie légère du bras gauche, en même temps que des troubles circulatoires au niveau de ce membre. (refroidissement de la main, le pouls radial gauche n'est pas perçu, de même le pouls huméral au niveau du pli du coude).

Depuis que le malade est à l'hôpital, c'est-à-dire depuis plus de trois mois, on a observé, sans doute grâce à l'action du traitement intensif institué, aucune crise comitiale généralisée ou du type jacksonnien.

En résumé les phases de confusion mentale avec agitation incohérente reparaissent toujours périodiquement. On ne peut pas dire qu'elles soient plus espacées. Toutefois le malade n'est pas retombé dans l'état de stupeur constaté lors de son entrée à l'hôpital. De

plus, ces phases de confusion mentale avec agitation incohérente paraissent moins prolongées.

Mais surtout l'état mental, observé pendant les périodes intercalaires, semble s'être amélioré. Cette modification a frappé son entourage qui le trouve beaucoup plus lucide qu'en 1918. Il est difficile de se rendre compte s'il n'existe pas néanmoins, chez cet homme, qui était sans doute d'intelligence assez fruste, un certain état de déficit intellectuel. Mais il n'y a pas actuellement de troubles démentiels nettement caractérisés. On ne constate en tout cas pour l'instant aucun des signes physiques ou mentaux pathognomoniques de la Paralyse Générale. Il n'y a ni dysarthrie, ni tremblement fibrillaire des mains, de la langue, des lèvres et des muscles de la face, ni déformations pupillaires. On ne constate ni conceptions mobiles, incohérentes, absurdes et contradictoires, ni délire d'imagination fantastique et colossal, ni disparition de l'auto-critique, ni approbativité. Le facies et la mimique sont animés, mobiles et expressifs: ils ne rappellent en rien le masque paralytique indifférent, atone, niais et béat. L'existence de lésions, nerveuses localisées, irréparables (monoparésie gauche), de crises convulsives et d'albuminurie qui ont disparu sous l'action d'un traitement intensif, les caractères même du trouble mental, semblent imposer ici le diagnostic de psychose syphilitique tardive. L'action favorable bien que toute relative du traitement sur l'évolution des troubles mentaux paraît légitimer ce diagnostic. Mais étant donné la ténacité des troubles mentaux, il y a lieu néanmoins de craindre qu'en dépit du traitement intensif ils n'évoluent vers un état démentiel plus ou moins marqué.

CONCLUSIONS

1° Les Psychoses syphilitiques tertiaires revêtent habituellement le type de la Confusion Mentale avec dépression, ou plus rarement, avec excitation incohérente; elles peuvent encore revêtir les formes les plus variées: manie aiguë, folie circulaire, démence plus ou moins marquée, et même exceptionnellement syndrome de Korsakoff plus ou moins pur.

Ces psychoses guérissent généralement par un traitement intensif et prolongé, mais laissent souvent après elles un déficit mental plus ou moins accusé.

2° Elles ne se distinguent guère en elles-mêmes des psychoses non syphilitiques qui répondent à ces divers types.

Le signe d'Argyll Robertson et les modifications du liquide céphalo-rachidien (lymphocitose, augmentation du taux de l'albumine, réaction de Bordet-Wassermann) permettent de déceler l'infection syphilitique latente des centres nerveux, mais n'excluent pas la possibilité d'affections mentales associées.

La coexistence d'épilepsie tardive, de lésions nerveuses localisées durables telles que : paralysies des membres, de la face, ophtalmoplégies, lésions des nerfs optiques, permettent généralement de soupçonner la nature syphilitique de la psychose considérée; diagnostic que l'efficacité tout au moins relative du traitement permet généralement de confirmer.

3° Il est plus difficile de distinguer la démence syphilitique de la démence de la P. G. L'absence de dysarthrie, le caractère permanent des lésions nerveuses, le caractère moins global de l'affaiblissement intellectuel, la conservation de l'auto-critique, l'absence de délire imaginatif absurde, fantastique et colossal, l'évolution par variations assez brusques et par éclipses soudaines (Dupré et Logre), et, plus que tout, l'influence du traitement favorable dans les démences syphilitiques, nettement défavorables dans la P. G. confirmée permettent généralement de trancher le diagnostic. Mais, en dehors des formes typiques, il faut savoir qu'il existe des formes de transition et d'association.

4° En présence d'une psychose évoluant chez un ancien syphilitique, le traitement intensif ne sera institué que lorsqu'un diagnostic précis aura pu être porté; dans tout autre cas, on n'y recourra qu'avec une extrême prudence.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

D. LANNOIS.

LE DOYEN,

L. HUGONNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 24 Février 1920.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARDIN (P.) et DELTEIL. — *Syphilis et Folie* (Montpellier Méd. — 1900; xi, 609-624).
- BALLET (G.). — *Traité de Pathologie Mentale*, 1903 — Paris; p. 995-1229.
- BALLET. — *Psychoses et affections nerveuses* — Paris, 1897.
- BEDEL. — *De la Syphilis cérébrale*, (Th. de Strasbourg, 1851).
- BERKLEY. — *Syphilitic Insanity* Am. J. Insanity of Balt. 1898-1899; p. 615-626.
- CHASLIN (Ph.). — *Eléments de Sémiologie et de Clinique Mentale*. — Haslin-Houzeau, Paris, 1912; p. 441-442.
- CHAUVET. — *Influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux central* (Th. d'Agrégat., 1880).
- COLLOTI. — *Sifilide e Pazzia* — Pisani, 1898.
- CONGRÈS DE WASHINGTON. — *In American J. of insanity*, octobre 1887.
- DAMAYE (H.). — *Essai de traitement des psychoses d'origine syphilitique*, (Arch. de Neurol., mars 1914).
- DÉJÉRINE (J.). — *Sémiologie des affections du S. N.*, Paris, 1914.
- DEVAIG. — *De la mélancolie chez les syphilitiques*. (Congrès de Bordeaux, 1895. — Echo Médical de Lyon, avril 1899.)
- DRYSDALE. — *Britisch Med. Association* — Mars 1880.
- DUPRÉ ET LOGRE. — *Psycho-diagnostic de la P. G.* (Journ. Méd. Français, 15 février 1914; p. 62).
- DUNCAN. — *Cases of syphilitic insanity and epilepsy*. (Th. Dublin, Q. J., 1873).
- DURAND-AUDRY-NICOLAS. — *Traitement des Maladies cutanées et vénériennes*. (Baillière-Paris, 1909 — p. 553-577-593.)
- ESMARCH ET JESSEN. — *Syphilis und Geisterstörungen* — (All. Zeit. F. Psych.; Bd, xiv, 1887).
- FOURNIER. — *Leçons sur la syphilis*, 1873, Paris. — *La Syphilis du Cerveau*, 1879. — *Les Affections Parasyphilitiques*, 1894.
- GAUCHER (E.). — *Syphilis du Système Nerveux*. — Doin — Paris, 1910, p. 118.
- GOURGEROT. — *Traitement de la Syphilis*. — Maloine, Paris, 1918; p. 386-400.

- GRASSET ET RAUZIER. — *Traité Pratique des maladies du Système Nerveux* (Paris, 1894; p. 932-941, T. II.)
- GRIESSINGER. — *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende.* — (5^e Auflage — Berlin, 1892 — p. 734).
- GUILLAIN ET THAON. — *Sur une forme clinique de la syphilis du Névrase, réalisant la transition entre les myélites syphilitiques, le tabes et la P. G.* (Bulletin de la S. de Biologie; 14 janvier 1905).
- HAGELSTEIN — *La folie parasyphilitique.* (Th. de Nancy, 1894).
- HERBER. — *Caractères de l'évolution clinique et symptômes de la gomme cérébrale circonscrite.* (Thèse de Paris, 1900).
- HILDENBRAND. — *De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale.* (Th. de Strasbourg, 1859).
- HIRTZ (E.). — *La démence syphilitique.* (R. G. de Clinique et Thérapeutique — Paris, 1902 — xvi, p. 545-549.)
- JACQUIN. — *Syphilo-Psychoses de la période secondaire.* (Th. de Lyon, 1899).
- JOLLY. — *Syphilis und Geisteskrankheiten* — Berlin. (Klinik. Wochen., 1901, xxxiii.)
- KRAFT-EBING. — *Traité de Psychiatrie*, 1884.
- KOWALEWSKY. — *Allg. Zeit. F. Psych.* (Mai 1884).
- LANNOIS ET POROT — *Les injections mercurielles dans la syphilis nerveuse.* Actualités Médicales, 1907; p. 46.
- LESIEUR, FROMENT ET GARIN. — *Sur un nouveau cas de syphilis du Névrase, réalisant la transition entre les myélites syphilitiques, le tabes, et la P. G.* (Syndrome de Guillain et Thaon). — *Lyon Médical*, 28 février 1909.
- LUYS. — *Traité clinique et pratique des Maladies mentales.* (Paris, 1881).
- MAIRET. — *L'aliénation mentale syphilitique.* (Montpellier, 1894).
- MARCÉ. — *De la Folie*, 1867.
- MARIE (A.). — *Sur les aliénations mentales d'origine syphilitique et parasyphilitique* (Rapport au xvii^e Congrès de Londres, 1913. — Archives de Neurologie; septembre 1913, Numéro 3).
- MOTT (F. W.). — *Syphilis et Parasyphilis du Système Nerveux.* (S. de M., Londres; février 1910).

- NICOLAS. — *Traitement de la syphilis du Système Nerveux* (Discussion Société Méd. des Hôpitaux de Lyon, 1908; p. 456).
- PIRROCHI. — *Sifilide e pazzia* (Giornale ital. del Mal. Nerv., Milano, 1878).
- PARANT. — *Syphilis et Folie* (Annales Méd. Psych., 1888, 7^e Série — T. VIII.)
- PIERRET. — *Congrès de Médecine mentale* (Lyon 1891. — *Echo médical de Lyon* (1899, avril).
- RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie* (Coll. Testut — Paris, 1914; p. 738).
- RICORD. — *Clinique iconographique*, 1851.
- SAVAGE. — *Two cases of insanity depending of syphilitic disease of the arteries* (Brain, 1880 — Numéro 41). — *Syphilis and its relation to insanity* (Am. J. of Ins. New-York, 1887-88).
- SCHULE. — *Traité des Maladies mentales*, 1883.
- TUKE (Batty. — *Remarks on a case of syphilitic insanity* (The J. of Mental Sc. 1874).
- WRIGHT. — *Edimburg of Medical Journal*, 1872, V. xvii (juin).
- YVARREN. — *Des Métamorphoses de la Syphilis*, 1854.
- ZAMBACO. — *Des affections nerveuses syphilitiques*, 1862.
- ZIEHEN (Th.). — *Psychiatrie für aertze und studierende bearbeitet* (Berlin, 1894; Syphilis des Gehirns, p. 445).
-

